

Николаев, Д.Л. Роль педагога в постановке диагноза и сообщении негативной информации родителям ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / Д.Л. Николаев // Психология и жизнь: традиции культурно-исторической психологии и современная психология детства. Сборник научных статей.-Минск: БГПУ, 2010.- С.196-197.

Роль педагога в постановке диагноза и сообщении негативной информации родителям ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Д.Л.Николаев

Норма и патология в психиатрии разделены не столь очевидной гранью как в соматической медицине. Одним из критериев отклонения от нормы является нарушение адаптации пациента и снижение его качества жизни. Если поведение ребенка становится настолько неадекватным, что заставляет родителей обращаться к психиатру, то последний берет на себя ответственность за постановку диагноза и сообщение его родителям. Болезнь ребенка всегда тяжело воспринимается родителями, если же диагноз психиатрический, то это — большой стресс, вызывающий фрустрацию. Поэтому родители подсознательно отвергают наличие подобной патологии, особенно, если отклонения в поведении ребенка не носят вопиющий характер. Именно такая ситуация и возникает, если у ребенка СДВГ (Брызгунов И. П., Касатикова Е. В., 2002; Заваденко Н. Н., 2005). Клинически он проявляется в следующем:

- 1) Нарушения зрительно-моторной координации заметны только специалисту. Когда ребенок следит глазами за движением какого-то предмета, можно заметить у него легкие подергивания глаз — нистагм, приводящий к частым запинкам при чтении.
- 2) Нарушения сна. С раннего возраста ребенка родители замечают, что его трудно уложить спать, но не расценивают это как патологию. Ребенок может до позднего вечера бегать, как бы не уставая, но если его не уложить спать вовремя, он еще больше устанет, перевозбудится и заснет с большим трудом.
- 3) Неспособность к сосредоточению. Детям с СДВГ плохо удается концентрировать внимание. Они постоянно переходят от одного действия к другому, бросают начатое, выполняют задания лишь частично, не вникая в их суть. Поверхностность приводит к ошибкам и неудачным ответам, создавая за ребенком славу несерьезного, бездумного, легкомысленного и беспечного болтуна. Дети легко и много обещают и не выполняют даже трети обещанного; не критичны к себе; им кажется, что выполненное ими задание безупречно.
- 4) Трудности переключения. Несмотря на то, что дети с СДВГ не умеют сосредотачиваться на заданной им работе, они с головой могут «погружаться» в то, что вызывает их интерес. Обычно это игры, занятия с конструктором,

компьютером. Способность ребенка подолгу заниматься тем делом, которое ему нравится, приводит родителей к неверному выводу, будто он может заниматься любым делом с такой же настойчивостью. Родители в связи с этим часто не верят психологам и врачам, что ребенок не способен сосредоточиться и нуждается в лечении.

5) Нарушения восприятия. Ребенок с СДВГ часто не может правильно понять и использовать информацию, полученную от окружающих. У таких детей гораздо чаще, чем у их сверстников, встречаются забавные нелепицы в речи, искажения различных слов и фраз, надолго запоминающиеся родителям курьезы. Такие нарушения в области зрительного и слухового анализатора приводят к неуспеваемости в школе. Из-за наличия дефектов в восприятии ребенок может плохо различать признаки сходства и различия, углы и формы, размеры в рисунках, звуки и буквы в словах (в речи и на письме).

6) Дезорганизованность. Для детей с СДВГ характерна неразвитость умения организовывать и планировать свою деятельность. Они не чувствуют времени и не умеют правильно распределять его. Так, ребенок может не успеть сделать за урок задание, на выполнение которого у других ушло 20 минут, или два часа добираться из школы до дому, хотя живет совсем близко.

7) Гиперактивность. Дети абсолютно не могут усидеть на месте. Они всё время двигаются, вскакивают, садятся, хватают всё, что попадает им под руку. Свое поведение они контролировать не в состоянии. Они сначала действуют и лишь потом понимают, что произошло. Уследить за таким ребенком очень трудно.

8) Память у них обычно в норме, но из-за крайней неустойчивости внимания педагоги и родители часто считают ее плохой. На самом деле ребенок порой не помнит какую-либо информацию лишь потому, что не видел или не слышал ее (Чутко Л. С., 2007; Шарапановская Е.В., 2005).

В дошкольном возрасте эти нарушения, как правило, не столь очевидны, чтобы заставить родителей обратиться к врачу. Адаптация ребенка, особенно если он не посещает дошкольное учреждение, намного проще в семейной жизни, чем в школьной. Родители привыкают к непоседливости и импульсивности ребенка, считая их крайними проявлениями нормы, и не обращаются к врачу, тем более что интеллект не страдает. Поэтому, чаще всего, первый человек, который может поставить диагноз СДВГ, это педагог, поскольку основная дезадаптация ребенка связана с его вступлением в школьную жизнь с ее новыми требованиями, а проявления СДВГ связаны, в первую очередь, с проблемами успеваемости ребенка.

СДВГ требует лечения, причем не только психотерапевтического, но и медикаментозного. И чем раньше постановлен диагноз и начато лечение, тем более благоприятен прогноз заболевания (Альтхерр П. и соавт., 2004; Мони́на Г. Б., и соавт., 2007). Поэтому от педагога требуется не только умение распознать синдром, но и искусство убеждения родителей в обращении к врачу и начале комплексного лечения.

Для повышения грамотности педагогов на кафедре специальной педагогики и психологии факультета специального образования нами разработан спецкурс по педагогической работе с СДВГ. В связи с необходимостью сообщения родителям информации о психическом отклонении ребенка ними разработаны следующие рекомендации для педагогов.

1. Начиная беседу, будьте уверены в своей искренности, доброжелательности и желании помочь ребенку и родителям.
2. Первый диалог имеет большое значение, поэтому сообщайте информацию лично, в комфортной для родителей обстановке, в удобное для них время.
3. Сообщать информацию желательно обоим родителям, это способствует усилению общей ответственности за судьбу ребенка и исключит передачу информации другому родителю в искаженном виде.
4. Отведите на первую беседу достаточное количество времени, чтобы у родителей была возможность задавать вопросы и проявлять эмоции. Выразите сочувствие родителям.
5. Постарайтесь объяснить причины синдрома, чтобы родители не испытывали чувство вины.
6. Постарайтесь не подталкивать родителей к принятию того или иного решения, а рассказать о возможных вариантах жизни ребенка при лечении и без него.
7. Выразите уверенность в способности родителей терпеливо воспитывать и лечить ребенка с СДВГ.
8. Расскажите родителям, что они не одиноки, что синдром встречается у 3%-20% детей, предложите контакт с другими родителями, литературу.

Использованная литература

1. Альтхерр П., Берг Л., Вельфль А., Пассольт М. Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития. — М: Издательский центр «Академия», 2004
2. Брызгунов И. П., Касатикова Е. В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. — М.: Издательство института Психотерапии, 2002

3. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. — М.: Издательский центр «Академия», 2005.
4. Мони́на Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция. — СПб.: Речь, 2007
5. Чутко Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства.- СПб.: Хока, 2007
6. Шарапановская Е.В. Воспитание и обучение детей с ММД и ПШОП. — М.: ТЦ Сфера, 2005. — 96 с..

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ